

推薦状交付申請書

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

申請者（本人） 氏名

保護者（又は法定代理人）氏名

令和6年度徳島大学医学部医学科学校推薦型選抜Ⅱの「地域枠」に係る推薦状の交付を受けた
 いので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、推薦状の交付を受け、徳島大学医学部医学科学校推薦型選抜Ⅱの「地域枠」に合格した
 場合は、確実に徳島大学医学部医学科に入学するとともに、大学卒業後は可能な限り、医師とし
 て徳島県での医療を担うことを誓います。

また、「地域特別枠」に合格した場合には、徳島県医師修学資金等貸与条例に基づく医師修学
 資金の貸与を受け、大学卒業後は、同条例に規定する徳島県内の公的医療機関等で、医師修学資
 金の貸与期間の2分の3に相当する期間、医師の業務等に従事し、キャリア形成卒前支援プラン
 及びキャリア形成プログラムの適用を受けることを、併せて誓います。また、別添の離脱要件等
 説明書を確認し、同意します。

受付 番号	※	ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	平成 年 月 日生
		氏 名				令和5年11月23日現在 (満 歳)
本籍	都道 府県	現住所	〒			
			電話 () -			
出身 学 校	名 称	令和 年 月卒業・卒業見込	高等学校			
	所 在 地	〒	電話 () -			
推薦状の 送付を受 ける場所	〒	電話 () -				
申 請 者 の 履 歴						
	平成 令和	年 月	中学校卒業			
	平成 令和	年 月	高校入学			
	令和	年 月	高校卒業 ・見込			
	高校卒業後現在までの履歴					
保護者 (又は 法定代 理人)	住 所		氏 名		続柄	
	〒	電話 () -				

※の欄は記入の必要はありません。

(別添)

令和6年度徳島大学医学部医学科学校推薦型選抜Ⅱの地域特別枠 離脱要件等説明書

「地域特別枠」とは、地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした選抜枠です。

令和6年度の徳島大学医学部医学科学校推薦型選抜Ⅱの「地域特別枠」入学者（以下「入学者」という）が、「地域特別枠」（キャリア形成プログラム）から離脱する際には、県及び徳島県地域医療支援センター（以下「センター」という）が、真にやむを得ないと判断する場合のみ、県は「地域特別枠」からの離脱に、同意することになります。

県が離脱に同意する事由の例は以下のとおりです。

(1) 入学者が死亡した場合

(2) 入学者が中断制度の活用など離脱を回避するための努力を行ったうえで、県及びセンターが協議し、以下①～⑥の事由で「県内において医師の業務に従事することが困難である」という事情が認められた場合

- ① 入学者の家族の介護
- ② 入学者の心身の故障
- ③ 入学者の結婚による配偶者の居住地（県外）の移動
- ④ （キャリア形成上の理由等による）入学者の他の都道府県での就労希望
- ⑤ 入学者の退学
- ⑥ 入学者が国家試験不合格後、医師になることを諦める場合

なお、県が離脱に同意するか否かにかかわらず、徳島県修学資金等貸与条例に定める返還事由にあたる場合は、修学資金の返還が必要ですが、県が離脱を認めず、不同意とする場合は、以下の取扱いがなされます。

不同意の地域特別枠離脱医師を採用した臨床研修病院に対する 医師臨床研修費補助金の減額

※不同意の離脱者に対する専門医の認定については、令和5年8月現在、一般社団法人日本専門医機構において検討がなされております。

日本専門医機構の方針によっては、不同意の離脱者は専門医資格の取得に支障が生じる可能性がありますので、ご留意ください。

キャリア形成卒前支援プラン

R4.8.26 徳島県地域医療総合対策協議会承認

1. 目的

本県における地域医療へ貢献する意思を有する学生に対し、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、対象学生が学生の期間を通じて、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援をすることを目的とし、県は、大学や地域医療支援センター、関係医療機関等と連携し、学生の地域医療等に対する意識の涵養を図るためのプロジェクト（以下「卒前支援プロジェクト」という。）を以下のとおり策定する。

2. 卒前支援プロジェクト

（1）知事と地域卒1年生とのキックオフ・ミーティング

- ・対象者：徳島大学医学部医学科地域特別卒学生（1年生のみ）
- ・事業内容：知事と徳島大学医学部地域特別卒1年生が今後の地域医療について、意見を交換し合うことにより、意思疎通を図り、地域医療に取り組む決意を再確認する。

（2）知事と地域卒6年生とのラウンドテーブル・カンファレンス

- ・対象者：徳島大学医学部医学科地域特別卒学生（6年生のみ）
- ・事業内容：徳島大学医学部地域特別卒6年生に対し、知事から激励の言葉をいただくとともに、医学部6年間で学んだことや今後の抱負などを語ってもらい、地域医療に取り組む決意を再確認する。

（3）地域卒学生のためのキャリアデザインセミナー

- ・対象者：徳島大学医学部医学科地域特別卒学生
- ・事業内容：地域医療支援センターにおいて、修学資金貸与制度の説明や質疑応答を行うとともに、進路希望アンケートを実施する。

（4）夏期地域医療研修

- ・対象者：徳島大学医学部地域特別卒学生
徳島県出身の自治医科大学医学部医学科の学生
- ・事業内容：地域医療に対する理解を深めることを目的とし、本県の地域医療を担う医療機関において、診療見学や訪問診療への同行等を行い、地域医療を体験する。

(5) 学生及び医師による交流会

- ・対象者：徳島大学医学部医学科地域特別枠学生
徳島県出身の自治医科大学医学部医学科の学生
- ・事業内容：対象学生が将来の勤務への展望やライフプランを描けるように、地域医療支援センター又は県において、対象学生と医師との交流会を行う。

(6) キャリア面談

- ・対象者：徳島大学医学部医学科地域特別枠学生（4・6年生）
徳島県出身の自治医科大学医学部医学科の学生（4・6年生）
- ・事業内容：対象学生からの相談への対応や卒業後の進路等について確認を行うため、地域医療支援センター又は県において、個別面談を行う。

(7) 教育カンファレンス・教育回診（徳島GMラウンド）等各種講習会

- ・対象者：徳島大学医学部医学科地域特別枠学生
徳島県出身の自治医科大学医学部医学科の学生
- ・事業内容：徳島GMラウンドについては、地域医療支援センターにおいて、県内の医療機関と連携し、地域特別枠学生等のキャリア形成の支援のため、症例発表や招聘した講師による特別講演を行う。

推薦状交付申請受付票					
(令和6年度徳島大学医学部医学科学学校推薦型選抜Ⅱ「地域枠」関係)					
写真貼付欄 1. 上半身脱帽、正面 2. 最近6ヶ月以内撮影 3. 縦4cm×横3cm ものを全部糊付け 4. 推薦状交付申請書に 貼ったものと同じ写真 5. 写真裏面に氏名、生 年月日を記載	氏名		生年月日	平成 年 月 日生 令和5年11月23日現在 (満 歳)	
	受付番号	※	徳島県 による 面接	期日 令和5年 11月23日(木)	場 所 徳島県職員会館 (徳島市万代町3丁目5-3)
	受付年月日	※	年 月 日		

面接の際にはこの受付票を必ず持参してください。

----- (切り取り) -----

※の欄は記入の必要はありません。

推薦書

高等学校 年 月卒業・卒業見込

氏 名

上記の者は、学業成績、人物ともに優れ、将来、医師として徳島県での医療を担うという強い意志を有する者と認められるので、責任を持って推薦します。

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

学校名
推薦者
学校長



医師修学資金貸与事前申請書

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

申請者氏名

徳島県医師修学資金等貸与条例の規定による医師修学資金の貸与を受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな 氏 名		出 身 学 校	高等学校 令和 年 月 卒業・卒業見込み
生 年 月 日 及 び 年 齢	平成 年 月 日生 (満 歳)		
住所及び電話 番号	電話 ()		
貸与を受けよ うとする期間	令和 6 年 4 月から令和 1 2 年 3 月まで (6 年)		

備考

令和 6 年度徳島大学医学部医学科学校推薦型選抜Ⅱの「地域特別枠」に合格し、入学後に行っていただく本申請の際には、2 人の保証人が必要となります。

保証人は、独立した生計を営む身元の確実な成年者であることが必要です。

また、申請者が未成年者であるときは、保証人のうち 1 人は、法定代理人である必要があります。